



Наименование направляющего учреждения				Код направляющего учреждения			
Фамилия пациента				Имя пациента			
Отчество пациента		Пол пациента		Дата рождения пациента			
		<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		ДД - ММ - ГГГГ			
Контактный телефон пациента <input type="checkbox"/> ; врача <input type="checkbox"/>		Беременность		Срок беременности		День цикла	
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Недель		Менопауза <input type="checkbox"/> лет	
Диагноз				Дата взятия образца			
				ДД - ММ - 202Г			
Фамилия врача				И.О. врача		Код пациента	

*** Дополнительные данные о пациенте (услуги: 170400, 170401, 170402, 170403, 170404, 170405, 170406, 170407)**

Район (география), в котором произошло присасывание клеща

Время присасывания клеща Клещ живой Клещ мертвый

Дата присасывания клеща ДД - ММ - 20ГГ

Дата снятия клеща ДД - ММ - 20ГГ

Должность лица, направляющего биоматериал (клеща) на исследование

ФИО направляющего биоматериал (клеща) на исследование

Подпись лица, направляющего биоматериал (клеща) на исследование

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛЕЩА • МЕТОД ПЦР

приоритет **обычный** ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩ

Контейнер пластиковый универсальный ШТРИХ КОД ПРОБЫ	<input type="checkbox"/> 170401* ДНК/PHK TBEV/Borrelia burgdorferi sl/ Anaplasma phagocytophillum/ Ehrlichia chaffeensis, Ehrlichia muris (кач.) <input type="checkbox"/> 170400* ДНК/PHK TBEV/Borrelia burgdorferi sl/ Borrelia miyamotoi/ Anaplasma phagocytophillum/ Ehrlichia chaffeensis, Ehrlichia muris/Rickettsia spp. (кач.) Выберите только одну из услуг.	Контейнер пластиковый универсальный ШТРИХ КОД ПРОБЫ	<input type="checkbox"/> 170402* PHK TBEV (кач.) <input type="checkbox"/> 170403* ДНК/PHK B.burgdorferi sl (кач.) <input type="checkbox"/> 170404* ДНК A.phagocytophillum (кач.) <input type="checkbox"/> 170405* ДНК/PHK E.chaffeensis/E.muris (кач.) <input type="checkbox"/> 170406* ДНК Borrelia miyamotoi (кач.) <input type="checkbox"/> 170407* ДНК Rickettsia conorii (кач.)
--	--	--	---

МЕТОД ИММУНОЧИПА • ДИАГНОСТИКА БОРРЕЛИОЗА • ИФА • ДИАГНОСТИКА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

приоритет **обычный**

Вакуумная пробирка с разделительным гелем ШТРИХ КОД ПРОБЫ	<input type="checkbox"/> 300051 Серологическая диагностика боррелиоза КРОВЬ (СЫВОРОТКА) Anti-Borrelia, IgG (кач.) Anti-Borrelia, IgM (кач.)	Вакуумная пробирка с разделительным гелем ШТРИХ КОД ПРОБЫ	<input type="checkbox"/> 300052 Серологическая диагностика боррелиоза и клещевого энцефалита КРОВЬ (СЫВОРОТКА) Anti-Borrelia IgG (кач.) Anti-Borrelia IgM (кач.) Anti-TBE IgG (кол.) Anti-TBE IgM (п.кол.)
Пробирка с крышкой-пробкой (без наполнителя) ШТРИХ КОД ПРОБЫ	СПИННОМОЗГОВАЯ ЖИДКОСТЬ Anti-Borrelia, IgG (кач.) Anti-Borrelia, IgM (кач.)		

Перечень исследуемых антигенов к Anti-Borrelia IgG и Anti-Borrelia IgM (услуги: 300051, 300049, 300052)

p100 B.garinii, p100 B. Afzelii, VlsE B.garinii, VlsE B.afzelii, p39 B.afzelii, p41 B.garinii, p41 B.afzelii, p58 B.afzelii, BBK32 B.garinii, BBK32 B.afzelii, OspC B.garinii, OspC B.afzelii, p17 B.garinii, p17 B.afzelii; Anti-Borrelia, IgG: p100 B.garinii, p100 B. Afzelii, VlsE B.garinii, VlsE B.afzelii, p39 B.afzelii, p41 B.garinii, p41 B.afzelii, p58 B.afzelii, BBK32 B.garinii, BBK32 B.afzelii, OspC B.garinii, OspC B.afzelii, p17 B.garinii, p17 B.afzelii

Внимание! На направительном бланке указаны преаналитические требования с условиями хранения образцов до 24 часов, подробнее в Приложении №2. Для всех образцов кровь (сыворотка) рекомендуется центрифугировать пробирку после формирования фибринового сгустка, но не позднее двух часов после взятия крови (1 800-2 200 г – 10-15 минут при T=+18+25 °C). Хранить при T=+2+8 °C в первичной пробирке.

ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЗАКАЗАННЫХ АНАЛИЗОВ

Бланк заказа заполняется только печатными буквами черной или синей ручкой!

Выбрать
 Отменить

XC09

Дополнительные данные о пациенте (для услуг 032501, 032502, 032503) Требуется обязательное заполнение всех полей!

Указать поездки за границу (страна) за 21 день до заболевания _____

Срок пребывания днейДата прибытия в Россию - - 2 0 Указать наличие нападения комаров Да НетУказать наличие контакта с больными лихорадкой Зика (незащищенный половой контакт) Да НетУказать наличие незащищенного полового контакта после появления клинических симптомов заболевания Да НетУказать наличие беременности Да Нет Срок беременности недельДата появления первых симптомов - - 2 0 Указать появившиеся симптомы заболевания: Лихорадка Сыпь Конъюнктивит ЛимфаденопатияУказать степень тяжести состояния пациента: Удовлетворительное Относительно удовлетворительное Средней тяжести Тяжелое

Адрес регистрации пациента:

Республика, край, область, автономный округ Район Город, поселок Улица Дом Корп. Стр. Кв. Совпадает с адресом регистрации пациента Да Нет

Адрес фактического проживания пациента:

Республика, край, область, автономный округ Район Город, поселок Улица Дом Корп. Стр. Кв. Исследование клинического материала
Вирус Зика • МЕТОД ПЦР

приоритет обычный

Вакуумная пробирка с ЭДТА

ШТРИХ КОД ПРОБЫ

 032501
РНК Zika virus
(вирус Зика, ZIKV), (кач.)

КРОВЬ с ЭДТА

Контейнер пластиковый универсальный

ШТРИХ КОД ПРОБЫ

 032502
РНК Zika virus
(вирус Зика, ZIKV), (кач.)

ЯКУЛЯТ

Контейнер пластиковый универсальный

ШТРИХ КОД ПРОБЫ

СЛЮНА

Контейнер пластиковый универсальный

ШТРИХ КОД ПРОБЫ

 032503
РНК Zika virus
(вирус Зика, ZIKV), (кач.)

АМНИОТИЧЕСКАЯ ЖИДКОСТЬ

Контейнер пластиковый универсальный

ШТРИХ КОД ПРОБЫ

МОЧА

Должность лица, направляющего биоматериал на исследование ФИО направляющего биоматериал на исследование

Подпись лица, направляющего биоматериал на исследование _____

ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО
ЗАКАЗАННЫХ АНАЛИЗОВ Бланк заказа заполняется только печатными буквами
черной или синей ручкой! Выбрать
 Отменить

XC09